Aus der Klinik von Professor Dr. L. Fraenkel.

Die abdominale Myomotomie.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Alexius Foerster,
approb. Arzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

Die häufigste Geschwulstbildung der weiblichen Genitalien ist das Myom. Sein Vorkommen beläuft sich nach den Leichenstatistiken von Winckel und Essen-Möller auf ca. 12,6%, nach den Statistiken der Kliniken von Hofmeier, Essen-Möller und Kleinwächter auf ca. 4,5%. Demnach haben nur etwas mehr als ein Drittel aller myomkranken Frauen Beschwerden, die sie zum Arzte führen. Von diesen wurden nach den verschiedensten Statistiken vor einiger Zeit noch 16,1—60,7% operiert. Heute ist aber die Bestrahlungstherapie der Myome der operativen Behandlung prinzipiell überlegen, und nur unter ganz bestimmten Bedingungen, nach Seitz und Wintz in 8% der Fälle, erscheint die Operation noch angebracht.

Bei uns wurden in den letzten 20 Jahren 147 abdominale Myomotomien ausgeführt. Wo radikal vorgegangen werden mußte, fand die supravaginale Amputation in Übereinstimmung mit der Breslauer Universitäts-Frauenklinik den Vorzug und zwar hauptsächlich wegen der kürzeren Operationsdauer und leichteren Technik, während Küstner sie außerdem noch aus funktionellen und bakteriologischen Gesichtspunkten vorzog.

Die häufigten Myome fand ich an unserem Material im Alter von 36—45 Jahren. Ihr Einfluß auf die Funktion der Keimdrüse zeigte sich darin, daß erst bei 3 Frauen die Menopause eingetreten war, während 8 bereits das 50. Lebensjahr überschritten hatten.

Die fast allgemein anerkannte Tatsache, daß zwischen Myom, Sterilität und Fertilität ein Zusammenhang besteht, findet auch bei uns ihre Bestätigung, denn die Berechnung der Sterilität der verheirateten Frauen ergab die Prozentzahl 34 gegenüber der allgemeinen Sterilität der Frau von 8—15 % nach Döderlein. Die Fertilitätsziffer 2,2 blieb hinter der allgemeinen um volle 50 % zurück. Über die Frage, wieweit die Sterilität primär war und das Myom jüngerem Datums, also vielleicht die Folge der Sterilität, gibt mein Material nicht genügend Aufschluß.

Von Symptomen traten besonders hervor die Blutungen mit ihren Folgeerscheinungen, der Anämie und den Herzveränderungen, dann die Schmerzen und die Kompressionsbeschwerden. Neben Retroflexio, Gravidität, Basedow, Struma und anderen Komplikationen fand sich einmal ein Carcinoma ovarii. Die Knötchenaussaat auf dem Peritoneum mußte belassen werden, doch konnte der Fall mit gutem Erfolg der Röntgenbehandlung zugeführt werden.

Veränderungen im Myompräparat (Erweichung, Nekrose, Verkalkung, Verfettung, Vereiterung, Adenomyom) waren in 19,1 % nachzuweisen.

Im Durchschnitt war die Totalexstirpation in 74 Minuten, die supravaginale Amputation in 60 Minuten, die Enucleation in 44 Minuten beendet. Die Frauen konnten in der Regel nach 2—3 Wochen entlassen werden.

Der postoperative Verlauf war in 57,5 % der Fälle ein völlig glatter; die übrigen Fälle verliefen teils febril, teils handelte es sich um eine Thrombose oder Pneumonie, teils um eine Bauchdeckeneiterung oder eine anderweitige Störung. In einem Falle konnte durch die Enucleation subjektiv keine Heilung erzielt werden; auch durch die vaginale Totalexstirpation ein Jahr später waren die Beschwerden nicht behoben.

12 Fälle verliefen tödlich. Davon starben 3 Fälle an Peritonitis (einer an vorbestandener), 3 an Sepsis (2 an vorbestandener), 4 an Embolie, einer im Kollaps, und in einem Falle konnte die Todesursache nicht festgestellt werden. Mithin beträgt

unsere Gesamtmortalität 8,2%. Auf die Operationsarten verteilt, ergibt sich für die Enucleation eine Mortalität von 2,4%, für die supravaginale Amputation eine von 8,2% und für die Totalexstirpation eine solche von 16,7%. Wenn meine Mortalitätsziffer 8,2 etwas hoch erscheinen mag im Vergleich zu den Sammelstatistiken, die sie nur mit 5,6% angeben, so will ich bemerken, daß die Sammelstatistiken in der Hauptsache aus den publizierten Serien gewonnen wurden und daß sie darum nicht die absolute Mortalitätsziffer angeben, da, wie bekannt, häufig nur gute Serien veröffentlicht werden, während die schlechteren Erfolge verschwiegen bleiben. Unter unseren Todesfällen befanden sich 4 teils mit vorbestandener Peritonitis oder Sepsis, teils in hochgradig anämischem Zustande, die ein anderer Operateur vielleicht wegen zu hoher Lebensgefahr zu operieren abgelehnt hätte, oder er hätte sie nicht auf das Konto der Myomotomien gebucht. Dieser Operateur würde dann an unserem Material nur die Mortalitätsziffer 5,6 zu verzeichnen haben.

Jedenfalls ist die Prognose der abdominalen Myomotomie noch ernst genug und zwar meist gestört durch die vorbestandene Komplikation eitrig-septischer Natur und durch die auf keine Weise auszuschaltenden Embolien. Aus diesem Grunde hat die Röntgenbestrahlung, die fast 0% Mortalität hat, für die meisten Fälle solche Vorzüge, daß die Operation trotz ihrer immer mehr zunehmenden Eleganz der Technik nicht erfolgreich konkurrieren kann.